

UNIVERSITE DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 354

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE
DE M. LE PROFESSEUR TIXIER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

Eventrations Post-Appendiculaires

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 19 Décembre 1933

PAR

Abolfazl MOGHBEL

né le 10 Septembre 1908, à Sari (Perse)



IMPRIMERIE I. L.
46, rue de l'Université,
LYON

1933

Contribution à l'Etude
des
Eventrations Post-Appendiculaires



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554202_0044

UNIVERSITE DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 354

TRAVAIL DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE
DE M. LE PROFESSEUR TIXIER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

Eventrations Post-Appendiculaires

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 19 Décembre 1933

PAR

Abolfazl MOGHBEL

né le 10 Septembre 1903, à Sari (Perse)



IMPRIMERIE I. L.
46, rue de l'Université,
LYON

1933

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM CAZENEUVE, ROQUE, L'ANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET, DOYON

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	BONNET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERANT
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	HERMANN
Pathologie et Thérapeutiques générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée, et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
MAZEL	WERTHEIMER	EPARVIER	CREYSSEL
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	DE ROUEMONT
DUFOURT	DECHAUME	MORENAS	PAUPERT-RAVAULT
DEVIC	BERNHEIM	REBATTU	PIGEAUD
GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL	PONTHUS
MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME	MALMEJAC
ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, *Président* ; POLLOSSON, *Assesseur* ;

MM. GUILLEMINET et CREYSSEL, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A SA MAJESTÉ IMPÉRIALE

REZA CHAH PALHAVI

Notre auguste Souverain.

A MON PERE ET A MA MERE

Faible témoignage de ma reconnaissance et de mon amour filial.

A MON FRERE

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE COLONEL

ALI KHAN RIAZI

Attaché Militaire de Perse, à Paris
Chef de la Maison Militaire Persanne

Il a toujours été pour nous un chef
bienveillant.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER
Professeur de Clinique Chirurgicale

Il nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.

Nous le prions de croire à notre
respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CLAVEL
Chef de Clinique Chirurgicale des Hôpitaux de Lyon

Il nous a inspiré le sujet de notre
thèse et n'a rien négligé pour nous
permettre de mener à bien ce tra-
vail. Nous le prions de trouver ici
l'assurance de notre sincère recon-
naissance pour l'aide si efficace que
nous avons reçue de lui.

A MONSIEUR COLSON
Interne des Hôpitaux de Lyon

Nous le remercions pour les pré-
cieux renseignements qu'il nous a
fournis au cours de la préparation
de ce travail.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE LYON
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Avant d'aborder le sujet de notre étude, il nous reste un devoir qui nous est sacré de remplir : c'est celui d'exprimer notre profond attachement au pays qui nous a accueilli avec tant de bienveillance et nous a permis de faire notre éducation médicale en nous laissant toutes les portes grand ouvertes.

Nous lui témoignons notre profonde reconnaissance, lui promettant d'avoir toujours pour elle une affectueuse pensée.

INTRODUCTION

L'événtration était autrefois une complication très fréquente de l'appendicectomie.

Le professeur Reclus annonçait le 24 juillet 1895, à la Société de Chirurgie.

« Le seul inconvénient qui soit de nature à me faire hésiter dans l'intervention pour l'appendice, c'est l'événtration. »

Elle est certainement moins fréquente aujourd'hui qu'autrefois. Cela tient à la plus grande précocité de l'intervention qui diminue le nombre des appendicites avec abcès ou péritonite par perforation, cas particulièrement favorables aux événtrations.

Les statistiques donnent à ce sujet des chiffres variables. MM. Tixier et Bertrand, dans la thèse de Bruyère, ont montré que la fréquence des événtrations augmente avec la gravité des cas considérés. De 2 % dans les cas simples, non drainés, elle monte à 50 % dans le cas de péritonite généralisée.

La fréquence relative des événtrations post-appendiculaires d'une part, et le nombre d'échecs constatés après la cure radicale de cette complication (10 à

16 % : Demel) d'autre part, nous ont amené à étudier les moyens susceptibles d'améliorer ces résultats : opportunité des indications, choix judicieux d'une technique opératoire.

MM. Tixier et Clavel ont bien voulu nous confier la tâche de rechercher dans le service, les résultats obtenus dans le traitement des éventrations.

CHAPITRE PREMIER

Définition - Fréquence

Par « éventration post-opératoire », nous entendrons seulement, celles qui surviennent tardivement après une opération à l'exclusion de l'éventration accidentelle due à la rupture d'une suture sous l'influence de la pression des viscères.

L'éviscération aiguë post-opératoire ne rentre donc pas dans le cadre de notre étude.

Les éventrations latérales droites sont en raison même du grand nombre d'appendicectomies pratiquées, de beaucoup les plus fréquentes. Les statistiques le démontrent très nettement : à la clinique d'Eiselsberg sur un total de 130 hernies ventrales, on trouve 76 éventrations post-appendiculaires, soit 58 %.

Si nous recherchons maintenant la fréquence des éventrations après appendicectomie, nous constatons

que les pourcentages, quoique variables suivant les auteurs, restent toujours élevés.

Bruyère, dans sa thèse inspirée par M. Tixier et Bertrand, en a fait une étude très complète. Sur 167 résultats éloignés d'opération pour appendicite aiguë, il trouve 42 éventrations soit 25,1 %. D'après lui, « la proportion croît rapidement avec la forme de l'appendicite aiguë.

Dans les cas simples, qui n'ont pas été drainés, elle est de 2,3 %.

Dans les cas suspects qui ont été drainés, elle est de 20 %.

Dans les cas d'abcès, tous drainés, elle est de 35 %.

Dans les cas de péritonite par perforation, toutes drainées, elle est de 55 %. »

Broca donne la proportion de 9,3 % d'éventrations dans les appendicectomies à chaud ; Quénu la fixe au 1/10 des cas.

La thèse de Damaye (Paris, 1895) donne 25 % ; Péalcher l'évalue à 48 % ; Igonet à 50 % et J.-L. Faure à 10 %.

On le voit, les différences sont considérables. Elles proviennent vraisemblablement de ce fait que les auteurs n'ont pas toujours en vue les mêmes formes d'éventrations : pour le Professeur Tixier (thèse Bruyère), on doit séparer les grosses éventrations dont les dimensions varient entre celles d'une grosse mandarine et d'une tête d'adulte, et les toutes petites qui modifient à peine dans l'effort l'aspect de la paroi abdominale et ne provoquent pas de troubles fonctionnels notables (douleurs, troubles digestifs).

Il résulte des statistiques et observations que parmi les causes prédisposantes, interviennent l'état général, l'importance des efforts de toux et de vomissements, les fautes de technique opératoire. Mais l'éventration post-opératoire est surtout à craindre, chaque fois que l'opération a nécessité un drainage et que la suppuration s'est longtemps prolongée. En effet, au niveau du drainage, la cicatrisation ne se fait pas et l'infection a beaucoup de chance de survenir.

« Après une plaie non drainée et ne suppurant pas l'éventration est tout à fait exceptionnelle ; si on a drainé, elle devient moins rare, moins encore si la réunion immédiate a échoué ; enfin elle est fréquente après l'incision simple des abcès sans réunion, même partielle de la plaie. » (Broca).

CHAPITRE DEUXIÈME

Les variétés anatomiques de l'éventration post-appendiculaire

Les éventrations post-appendiculaires répondent à deux types différents et qui bien souvent s'opposent tant par les conditions de leur apparition, que par la structure anatomique et que par leur évolution clinique.

I. — *Le premier type* : le plus fréquent, apparaissant de bonne heure, succèdent aux appendicites graves : péritonite par perforation, gangrène, abcès. Dans ces cas on a mis au contact des lésions mèches et drains. A l'ablation des mèches, souvent déjà apparaît au fond de la plaie opératoire la paroi cœcale recouverte de tissu de granulation.

Enlever les mèches tardivement, les remplacer par d'autres mèches, sont les précautions souvent suffisantes à assurer une bonne cicatrisation et, dans l'avenir, une bonne paroi. A l'inverse, les quintes de toux,

le météorisme abdominal, les efforts de vomissements sont autant de facteurs qui peuvent à ce moment favoriser le glissement du cœcum et son adhérence aux lèvres du péritoine pariétal. C'est là, croyons-nous, la première étape importante dans la création de l'éventration.

En effet, sur toute la longueur de l'incision la brèche séparant les éléments musculo-aponévrotiques sera comblée uniquement par du tissu conjonctif de bourgeonnement. C'est le même tissu qui rétablira la continuité du pannicule adipeux et ne sera recouvert que par un épithélium pellacide.

Sous cette cicatrice l'éventration est déjà en puissance. Dès que le malade se lève et reprend ses occupations habituelles, les lésions entrent en progression. Sous la poussée du cœcum, le tissu cicatriciel jeune se laisse distendre, les éléments musculo-aponévrotiques s'écartent et exagèrent leur diastasis, le péritoine pariétal glisse et va former un sac incomplet à l'intérieur duquel pourront ultérieurement émigrer l'intestin grêle et l'épiploon. (Fig. 1 et 2.)

C'est donc peu de temps après l'intervention qu'on est amené à examiner les opérés qui accusent peu de troubles.

L'aspect de leur éventration est bien classique : une voussure légère, étalée en coupole, recouverte par une peau très mince, à l'épiderme luisant, gaufré à la périphérie, tacheté de dépôts pigmentaires disposés en cocrades. L'impulsion à la toux, donnant l'impression d'un affaissement massif de la paroi.

La réduction est aisée, et le doigt qui déprime les

téguments reconnaît une large perte de substance, incertaine dans ses limites.

Deux points méritent d'attirer l'attention à propos de la suture anatomique de cette variété d'éventration.

1° La paroi est largement déhiscente, mais en réalité ses différents éléments n'ont pas été détruits, mais simplement écartés mécaniquement. Les muscles altérés par l'inflammation sont en pleine vitalité sur les berges mêmes de la déhiscence. On peut les comparer aux muscles droits de l'abdomen dans la diastasis par étirement de la ligne blanche.

2° Le sac incomplet forme une sorte de rigole circulaire autour du point central de l'éventration, véritable « nœud cicatriciel » qui lie la paroi cœcale elle-même aux plans superficiels, sans interposition de tissu cellulo-adipeux.

II. — *Le second type* : à l'inverse du précédent, il est l'apanage des appendicites bénignes pour lesquelles on a pu refermer la paroi en laissant seulement à la partie inférieure de l'incision un drain de sécurité ou une petite mèche hémostatique. On peut le rencontrer même dans l'appendicectomie à froid, quand on n'a pas suturé solidement une partie de l'incision.

Le type d'éventration se trouve alors réalisé, si l'on peut dire, à l'état de pureté.

Son apparition est plus tardive que dans le type précédent, se fait plusieurs mois et parfois même plusieurs années après l'intervention. La cicatrisation

cutanée s'est faite per priman, et, dans les suites opératoires immédiates, on a eu l'impression d'une paroi solide.

Mais l'orifice pariétal laissé par le drain est l'amorce de la hernie, à la production de laquelle certains facteurs viennent en aide, tels la surcharge graisseuse ou l'affaiblissement musculaire, tels les efforts de levage du manœuvre.

Poussé par les éléments mobiles de l'abdomen, le péritoine s'évagine en glissant à travers la faille pariétale fixant le collet herniaire. Il forme alors un sac complet, comparable au sac d'une hernie. Ce sac, tout d'abord petit et régulier, va se développer, poussant des prolongements qui s'étalent en surface sur l'aponévrose, créant des logettes secondaires qui bourgeonnent dans le tissu cellulaire. L'éventration a pris alors l'aspect d'une hernie ombilicale. (Fig. 3 et 4.)

Débutant insidieusement, elle ne tarde pas à gêner le porteur dès qu'elle a atteint un certain volume, s'accompagnant des troubles digestifs variés, voire même de crise de sub-occusion. L'impulsion à la toux est manifeste ; si certains restent partiellement irréductibles, d'autres se réduisent complètement, laissant percevoir un orifice étroit et rigide en anneau.

En opposition avec le type précédent, il faut retenir les caractéristiques suivantes :

1° La paroi résistante ne possède qu'un orifice de faibles dimensions, généralement arrondi, épaissi en collet par confusion des différents éléments pariétaux ;

2° Le sac, complet, plus ou moins volumineux, a

souvent une allure tourmentée avec diverticules et logettes. Il est complètement libre au milieu du tissu cellulaire sous-cutané.

A son intérieur, l'épiploon et l'intestin grêle peuvent avoir contracté des adhérences secondaires.

En résumé, le premier type est une *éviscération chronique* à travers un large diastasis pariétal, tandis que le second est une *hernie ventrale* à travers un orifice artificiellement créé.

Enfin, il peut arriver dans certains cas, qu'aux lésions précédentes s'ajoutent des paralysies localisées de la sangle abdominale, consécutives à la section des filets de l'abdomino-génital et créant des distensions localisées. Il existe alors une hypotonie manifeste de la partie inférieure du grand droit et des muscles larges de l'abdomen, qui favorise l'extension de l'éventration, illusionne sur son volume réel et crée une difficulté de plus dans la cure chirurgicale.

TYPE ANATOMIQUE I.

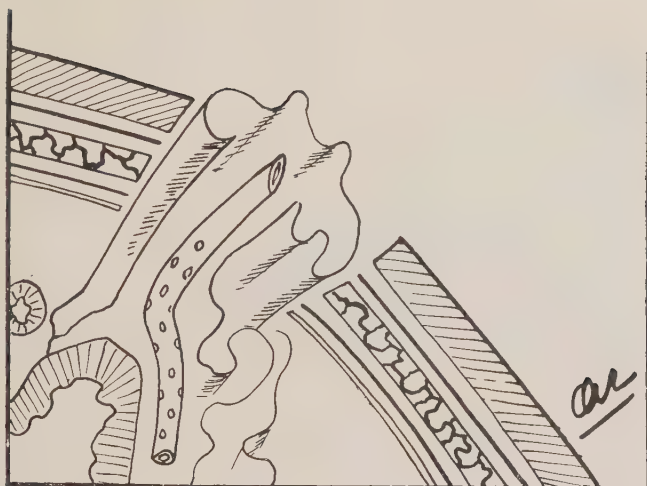


FIGURE 1

Drainage après appendicectomie

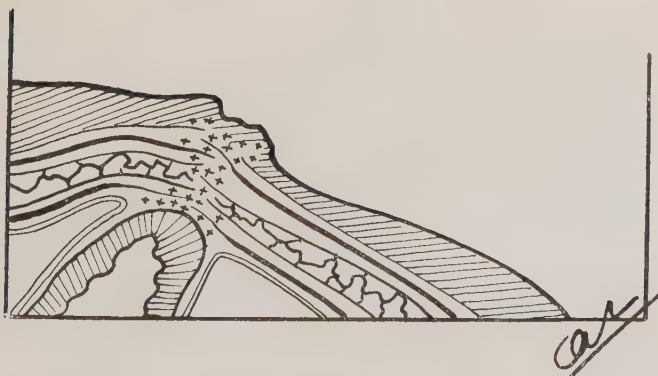


FIGURE 2

Cicatrice avec adhérence cœcale

TYPE ANATOMIQUE II.

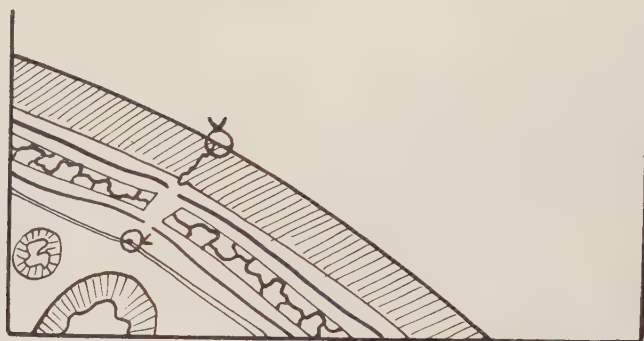


FIGURE 3

Les plans suturés sans drainage

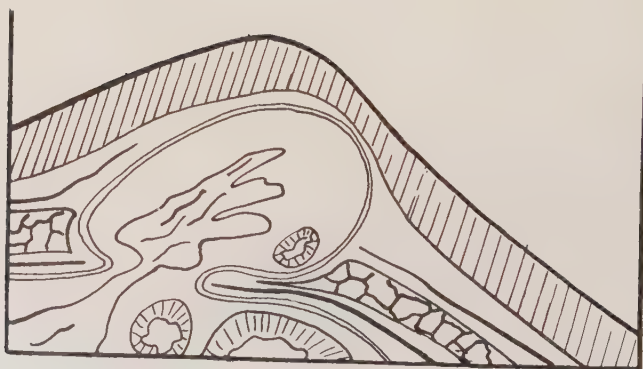


FIGURE 4

Le sac herniaire par distention. Pas d'adhérence

CHAPITRE TROISIÈME

Cure des éventrations

Le problème à résoudre est double. En effet, nous avons à considérer : 1° un problème orthopédique : il y a une brèche dans la paroi qu'il faut combler ; 2° un problème biologique : les tissus vivants qui participent à la plaie sont variés. Il faudra chercher à obtenir d'eux une cicatrisation aussi correcte et aseptique que possible.

I. — LE PROBLÈME ORTHOPÉDIQUE.

Nous venons de voir que l'anatomie pathologique apparente étroitement l'éventration à la hernie abdominale. Ainsi, il n'est guère de procédé de cure des hernies qui n'ait été appliqué, avec ou sans modification aux éventrations post-opératoires.

Une vue d'ensemble (qui dépasse d'ailleurs largement le cadre des éventrations appendiculaires) des

procédés employés et leurs résultats nous permettront de faire une estimation première de la valeur des différentes techniques.

Les procédés :

PROCÉDÉ DE SIMON DE HEIDELBERG

C'est un vieux procédé tombé dans l'oubli, n'ayant qu'un intérêt historique. Il a pour but évident d'éviter le péritoine. L'éventration est imaginée en masse, sac et tégument y compris à l'intérieur du ventre. On fait alors une incision circulaire qui pénètre jusqu'aux couches profondes du tissu cellulaire sous-cutané, de façon à avoir un avivement de 2 centimètres de large. Les surfaces d'avivement se réunissent en haut et en bas à angle aigu. On réunit, tout d'abord, par une suture superficielle, les bords internes et postérieurs de la plaie ; les fils sont noués du côté de la cavité abdominale. On ferme ainsi le cul-de-sac cutané formé par l'invagination de la hernie ventrale. Puis on place une série de sutures plus superficielles et demi-profondes, pour rapprocher le reste de la surface avivée. (Fig. 1.)

Cette technique quoique élémentaire, semble avoir donné des cas de guérison, d'après les cas publiés par Hégard, Haas, Balandre et Hadliche.

PROCÉDÉ DE CHROBAK

Comme le précédent, il a pour but la restauration de la paroi abdominale sans ouvrir le péritoine, mais qui traite la paroi en plusieurs plans.

Ces deux procédés, inspirés par le souci d'éviter le péritoïne, n'ont plus cours depuis l'ère de l'asepsie.

Nous mettons également à part le procédé de Luca Championnière, qui homologue trop étroitement l'éventration à la hernie ; ferme directement l'anneau après la résection du sac et consolide cette suture par une série de points à la Lambert, intéressant uniquement l'aponévrose superficielle ou la gaine des droits.

Les autres procédés peuvent être classés sous deux chefs :

1° *Procédés plastiques* : visant à consolider la paroi en la doublant.

2° *Procédés d'excision* : ayant pour but une reconstitution anatomique parfaite après l'excision des tissus altérés.

PROCÉDÉS D'EXCISION

Utilisé pour la première fois par Mayld, qui publia sa méthode, en 1886, dans *Viennner Medical Press*.

Après avoir excisé une portion du sac herniaire à l'aide d'une incision elliptique intéressant toute son épaisseur, il ouvre la cavité péritonéale et refoule l'intestin. Puis il dispose les plans de suture de la façon suivante : 1° péritoïne ; 2° lèvres postérieures des surfaces de section des droits ; 3° corps musculaires et lèvres antérieures des surfaces de section de la peau. Entre le premier et le deuxième plan de réunion, Mayld place un tube à drainage. (Fig. 2.)

On peut objecter à ce procédé un double écueil : une résection économique expose à des sutures douteuses en tissus atlérys ; une résection large crée une perte de substance difficile à combler.

PROCÉDÉS PLASTIQUES

Ces procédés offrent la plus grande diversité technique.

Le procédé de Girard, qui est présenté par le doublement aponévrotique en est le prototype.

Cette méthode fut appliquée en 1899 par les frères Mayo aux hernies, et par Brenner, avec plus de précision technique, aux éventration médianes.

La caractéristique de ce procédé est de faire appel uniquement à l'aponévrose superficielle comme élément de plastique.

A ce titre, on peut citer également la transplantation aponévrotique du fascia lata à la Kirschner.

Dans une autre variété, ce sont les muscles qui représentent l'apport plastique essentiel.

C'est le procédé indiqué par Goullioud en 1892 dans le *Lyon Médical*, à propos de la cure des éventrations de la ligne blanche ; par Gersuny, en 1893, sous le titre de « Décapsulation des muscles grands droits », par Quenu, cité par Cestan, dans les *Bulletins de la Société de Chirurgie*, en 1896. A ce procédé s'attache encore le nom de La Torre, Karewski, Heukel. Il est évident que cette plastie musculaire ne peut donner de résultats appréciables que si les muscles transplantés conservent, avec sa vascularisation, son pouvoir

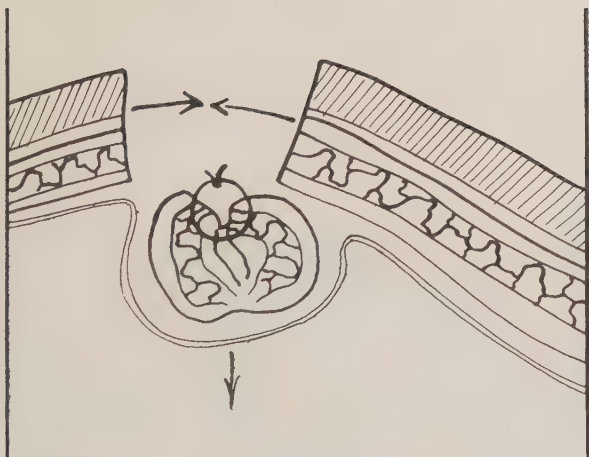


FIGURE 1
Procédé de refoulement

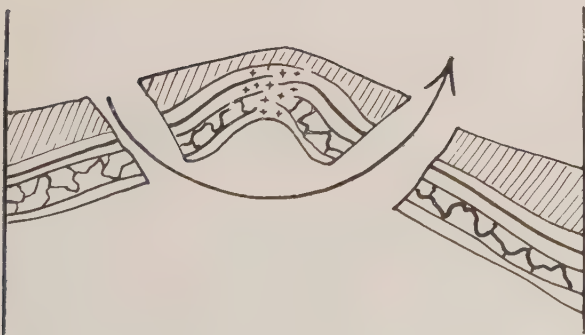


FIGURE 2
Procédé d'excision

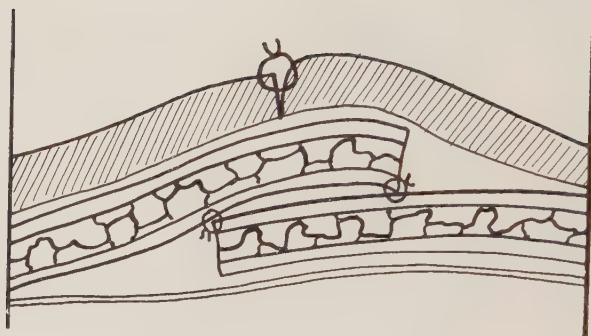


FIGURE 3

Procédé de rabattement en gilet

de contraction et peut jouer le rôle de sangle active.

Enfin, on a pu faire appel à tous les éléments de la paroi, y compris le péritoine. C'est le procédé de rabattement en gilet décrit par Sapiejko dans la *Revue de Chirurgie* en 1900, appliqué à des cas variés par Piccoli et Heidenhaim, vanté par Cestan, Judd, Leriche. (Fig. 3.)

Pour être complet, nous signalons les procédés d'hétérothérapie : fils d'argent de Witzel (1900), filet à mailles d'argent de Goepel (1933).

Résultats :

Sans entrer dans le détail il apparaît que les procédés de réfection partielle de la paroi donne de mauvais résultats.

A l'inverse tous ceux qui directement ou indirectement, arrivent à reconstituer les différents plans, y compris les plans musculaires, fournissent de bons résultats. C'est là l'idéal vers lequel doit tendre la technique.

II. — PROBLEME BIOLOGIQUE.

Si, au point de vue anatomique, on peut assimiler l'événtration à la hernie, il n'en est pas de même au point de vue du traitement.

En effet, son traitement met en cause tous les facteurs d'une bonne cicatrisation, et donne une impor-

tance primordiale aux conditions d'asepsie et de vascularisation des tissus suturés.

Envisagé sous cet angle nouveau, le traitement de la hernie et celui de l'éventration s'opposeront bien souvent.

Etat bactériologique. — Microbisme latent des éventra-
tions :

Les éventrations ne se rencontrent que dans les appendicites graves, suppurées, ayant infecté secondairement la paroi. C'est là une notion banale quand on considère les causes de production de l'éventration ; cette notion prend toute son importance lorsqu'on envisage la cure opératoire et les causes de récurrence.

Peu de jours après l'appendicectomie, assez souvent l'état même de la plaie opératoire ne laisse aucun doute sur l'infection réelle.

Après la cicatrisation, cette infection persiste au niveau de chacun des éléments de la paroi. Elle existe au niveau du tissu cellulaire qui se défend mal contre l'infection. On y rencontre parfois de petits kystes à contenu microbien, comme dans les moignons d'amputations faites pour les lésions septiques.

Elle existe au niveau de la paroi et enfin au niveau des adhérences épiploïques, dont on sait que la simple libération peut parfois déclencher des réactions péritonéales de gravité variable.

Une plaie qui se cicatrise en même temps qu'elle suppure, conserve dans sa paroi des microbes suscep-

tibles de produire au moment d'un traumatisme nouveau, une réinfection.

Peut-on, pour préciser cette notion, avoir des données exactes sur la topographie de l'infection ?

Pendant la guerre, les travaux de Carrel et Dehelly, de Policard et Phelip, de Fressinger et Montaz ont montré que, dans les plaies récentes, l'infection restait en surface dans la plupart des cas, sans pénétrer profondément, ni dans les interstices musculaires, ni dans les lymphatiques.

Dans les plaies anciennes, la topographie semble être la même.

A mesure que la plaie se cicatrise, sa stérilisation s'opère par destruction ou englobement des microbes par les tissus vivants.

Si bien qu'en définitive, la cicatrice reste le siège du microbisme latent. Carrel et Dehelly, examinant une cicatrice vieille de six mois, ont pu retrouver dans les différentes couches cicatricielles une flore microbienne variée.

A l'appui de ce que nous venons de dire, nous avons pu lire une observation très démonstrative. Il s'agissait d'un malade opéré par MM. Colson et Armanet, pour éviscération consécutive à une appendicite suppurée.

Mme Clavel, qui a fait un examen bactériologique du tissu cicatriciel prélevé chez le malade a bien voulu nous communiquer les constatations qu'elle a faites :

« On isole des différents fragments donnés (peau et aponévrose au niveau de l'éviscération ; peau pré-

levée loin de l'éventration) un bacille mobile ne gardant pas le Gram, fermentant le lactose sans production de gaz, virant le rouge neutre et faisant de l'indol en eau peptonée un colibacille.

« En dehors de ce microbe, il y a de nombreux autres germes qui semblent dus à des contaminations banales. » (Mme CLAVEL.)

Les résultats opératoires viennent appuyer cette notion qui au premier abord paraît trop théorique. Si, dans la statistique de Demel, on compare en effet les résultats obtenus par le simple dédoublement aponévrotique de Girard et par la plastie aponévrotique à lambeau de Brenner, on s'aperçoit que le premier procédé donne 16 % de récidives, tandis que le second accuse simplement 5 %.

Cette différence ne s'explique guère par le choix partial des cas ; on ne peut pas invoquer non plus une différence essentielle dans la résistance des éléments plastiques : dans l'un et l'autre cas, il s'agit d'un dédoublement de l'aponévrose superficielle. La différence, à notre sens, tient uniquement du fait que le premier procédé incise la cicatrice de bout en bout et suture par conséquent des tissus cicatriciels, tandis que le second enfouit ces tissus sous un double volet aponévrotique, détaché par une incision qui reste toujours à distance du foyer cicatriciel.

D'après ce que nous venons de voir, les données bactériologiques et opératoires sont d'accord pour proscrire toute intervention directe sur le foyer cicatriciel. Dans ce cas, la réinfection même peu viru-

lente est suffisante cependant pour diminuer la résistance des tissus et favoriser la reproduction de l'éventration, voilà la raison essentielle de l'éventration et de ses récives. Il ne faut pas pratiquer de suture au sein de tissus encore suspects de microbisme latent.

L'hématome, facteur favorisant l'infection, devra être évité par une hémostase précise et par le souci technique et opératoire d'éviter l'hémorragie.

De même, l'anesthésie locale, qui risque souvent de diffuser l'infection, sera proscrite dans la cure des éventrations. De même, les crins, le long desquels se propagent les germes septiques, feront place au catgut pour toutes les sutures.

Etat circulatoire :

L'aptitude des tissus à la cicatrisation est fonction de leur état circulatoire. La tension de sutures s'oppose à une bonne cicatrisation. C'est là un élément néfaste que favorise la récive, non seulement de façon directe en provoquant le lâchage ou l'élongation des points d'union, mais encore de façon indirecte, en anémiant les tissus, réduisant ainsi leur pouvoir de cicatrisation et les moyens de défense contre une infection éventuelle.

L'accord des chirurgiens semble unanime sur ce point. Heukel proscrit formellement la suture sous tension, surtout lorsqu'il s'agit de tissus délicats comme le muscle. Judd est très large dans les indications de la cure de jeûne et n'hésite pas à instituer la cure

de réduction en position de Trendelembourg, afin d'éviter la tension abdominale post-opératoire, qu'il accuse de nombreux méfaits. Demmer montre le même souci et insiste sur la nécessité de bien vider le tube digestif. L'importance du facteur « tension pariétale » ne saurait donc être mis en doute.

Il va de soi que les résections étendues de larges zones cicatricielles conduisent fatalement à pratiquer une suture serrée.

Il apparaît donc en définitive que le procédé idéal de cure doit satisfaire à un certain nombre de conditions.

1° Eviter à tout prix l'opération en tissu cicatriciel, tissu non résistant et suspect d'infection ;

2° Ne pas se croire obligé de reséquer à tout prix le tissu cicatriciel, son ablation exagérant les pertes de substance. Laisse en place sans traumatisme, il ne saurait être la source d'ennuis ;

3° Faire une reconstitution anatomique de la paroi et ses différents plans, sans omettre le plan musculaire.

III. — PROCÉDE DE REFOULEMENT PAR ECHELONS.

Le procédé que nous préconisons, et qui est utilisé par MM. Tixier et Clavel, n'est autre chose que le procédé de Goullioud transposé de la ligne blanche à la région latérale inférieure de l'abdomen. Il s'efforce de réaliser les conditions précédentes.

La technique que nous allons brièvement exposer comprend les temps opératoires suivants :

1° Incision elliptique des téguments :

L'incision passe à distance de la zone cicatricielle, circonscrivant la saillie de l'éventration et mène jusqu'au plan aponévrotique qui est largement découvert. Dans ce but, chaque lèvre *de la plaie est disséquée au ras de l'aponévrose et jusqu'à atteindre des tissus parfaitement sains.* (Fig. 1.)

2° Résection de la cicatrice cutanée. — Isolement du sac :

Ce temps opératoire varie suivant la variété de hernie rencontrée. S'il s'agit du type I (éventration chronique), le clivage des téguments est toujours difficile, en raison de la minceur du tissu cellulaire. Il faut savoir éviter l'ouverture du cœcum, très superficiel cependant. On n'évitera pas toujours l'ouverture du sac péritonéal, ce qui ne présente aucun inconvénient.

S'il s'agit du type II (hernie ventrale), le clivage s'effectuera facilement. On évitera toujours de dépouiller trop étroitement la région du collet des tissus qui y adhèrent, *comme on le fait pour une hernie ordinaire.* (Fig. 2.)

3° Traitement du sac :

Là encore, la conduite varie suivant la variété de hernie.

S'il s'agit du type I, le traitement est difficile. Il faut, si cela n'a déjà été fait au cours du temps précédent, ouvrir le sac péritonéal en un point où une mobilité de bon aloi fait prévoir l'indépendance du feuillet

séreux. Cette brèche créée, on ira alors, en faisant précéder les ciseaux d'un doigt explorateur, sectionner le sac, de façon à circonscrire les adhérences cœcales. Le cœcum ainsi mobilisé, on pourra supprimer la zone adhérencielle par cœco-plicature.

S'il s'agit du type II, le traitement est beaucoup plus simple et consiste essentiellement à libérer par section, entre deux ligatures, les adhérences épiploïques et à détacher les adhérences intestinales. Inutile de dire que pendant toutes ces manœuvres intrapéritonéales, une compresse glissée du côté du grand ventre refoule et protège la masse de l'intestin grêle.

Après traitement du contenu, le sac sera fermé. On pourra exécuter une résection partielle, qui laissera toujours la suture à distance du collet. On veillera bien à adosser les faces de la séreuse au cours de cette fermeture, de manière à favoriser l'accollement. On réalise ainsi le premier échelon des sutures. (Figures 3 et 4.)

L'ouverture du sac et le traitement du contenu apparaît donc comme un temps essentiel, préservant l'avenir, mettant à l'abri des accidents d'étranglement ou de volvulus du grêle, soit par bride épiploïque, soit par adhérence directe de l'intestin.

Peut-on dans certains cas, alors que la procidence est peu marquée, que le sac apparaît, au palper et à la vue, de constitution simple, dépourvu d'adhérences, comme un sac de hernie directe, ou manifestement occupé par une adhérence cœcale large, se contenter du simple refoulement sans ouverture ? C'est là une manœuvre que nous n'oserions pas proposer,

si ce n'est à titre exceptionnel, bien qu'elle se recommande de patronages autorisés (Chroback, Goullioud, Henkel).

4° **Fermeture de l'anneau par plastie aponévrotique et retournement :**

Ce temps comprend deux actes : la taille du lambeau et sa suture.

L'incision aponévrotique est elliptique ; elle reste à distance (1 cm. environ) de l'anneau pour éviter la zone cicatricielle peu résistante et suspecte d'infection latente, et pour trouver des plans bien individualisés.

Ce fragment elliptique, ainsi détaché, est roulé sur lui-même en cornet et suturé par rapprochement des lèvres opposées. L'anneau d'éventration est ainsi fermé. Ce lambeau aponévrotique, auquel on pourrait reprocher sa faible vascularisation, n'aura pas à subir d'efforts de traction ; il va de même que le péritoine sous-jacent servira de matière de prothèse, réalisant en quelque sorte une pelote interne. Il est toujours facile d'ailleurs, si on le juge nécessaire, de ne pas isoler complètement l'ellipse aponévrotique, en laissant à chacune de ses extrémités une petite zone en continuité avec le reste de l'aponévrose, et qui servira de pédicule nourricier. C'est le deuxième éche-

lon de suture. (Fig. 5).

5° **Réfection de la paroi. — Plastie musculaire :**

C'est, à notre avis, un temps capital. A l'aide de ciseaux mousses ou du dissecteur, on retrouve, à une

légère distance de l'anneau, la couche musculaire. On sépare facilement le muscle bien vivant de ce qui a pu être réduit à l'état fibreux, au voisinage du collet. La couche musculaire est reconnue intégralement, jusqu'au tissu cellulaire sous-péritonéal, et reconstituée par quelques points en U, au-devant du plan précédent. C'est le troisième échelon de suture. (Fig. 6 et 7.)

6° Réfection de la paroi. — Suture aponévrotique :

Il ne reste plus qu'à pratiquer la suture de l'aponévrose du grand oblique par quelques points séparés qui adossent sur une certaine étendue les faces profondes. (Fig. 8.)

Les téguments ne seront jamais suturés immédiatement, mais secondairement, quand tout risque d'infection aura semblé pouvoir être écarté. Pour éviter les ennuis d'une réintervention, on pourra passer d'emblée des crins d'attente, qui ne seront serrés que quelques jours plus tard.

Ajoutons enfin que pour soulager les sutures faites au catgut et permettre aux tissus de se réunir, sans tension, il est bon de passer des fils de soutien. Ces derniers, soit crins, soit fils métalliques, sont conduits à travers tous les plans, à l'exception du péritoine.

C'est donc immédiatement après la fermeture du sac que l'on doit procéder à leur mise en place.

En fin d'intervention, ces fils sont noués deux par deux sur bourdonnets de gaze.

Procédé de refoulement par échelons

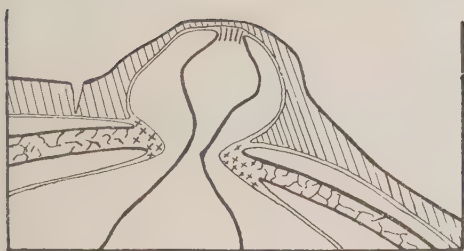


FIGURE 1

L'incision atteint l'aponévrose superficielle

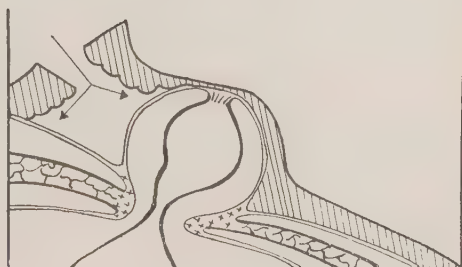


FIGURE 2

La dissection des lèvres de l'incision cutanée jusqu'en tissu sain

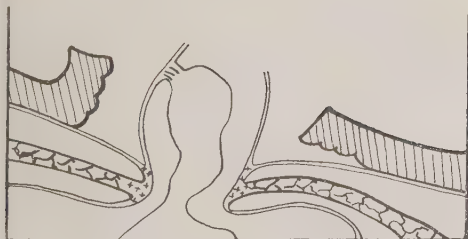


FIGURE 3

Traitement du sac : résection épiploïque

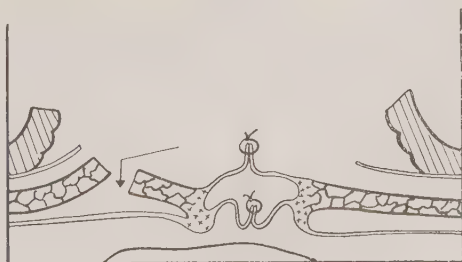


FIGURE 4

Isolement de la couche musculaire

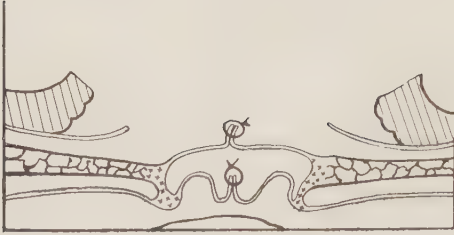


FIGURE 5

*Le plan aponévrotique se rabat
sur le plan péritonéal*



FIGURE 6

*L'incision doit porter en dehors
de la zone suspecte*

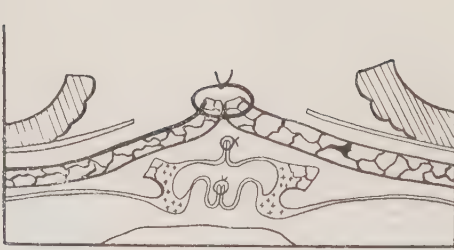


FIGURE 7

Suture du plan musculaire

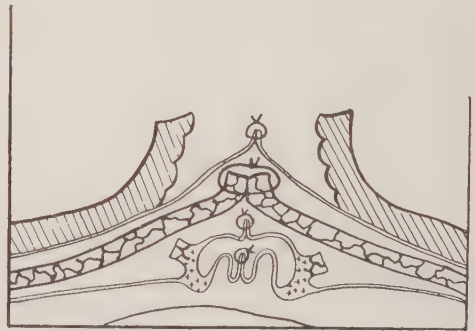


FIGURE 8

*La superposition des différents plans
L'intervention étant terminée sans suture
des téguments*

CHAPITRE QUATRIÈME

Indications opératoires

Nous ne voulons pas envisager la question générale des indications opératoires dans l'éventration. En principe, chez les sujets sains la cure s'impose, en raison de l'augmentation progressive du volume de l'éventration, en raison des risques d'étranglement qu'elle présente.

Il est facile de mettre hors du cadre des indications opératoires certaines éventrations volumineuses qui relèvent uniquement du port d'un bandage ou, à la rigueur, d'une intervention de prothèse interne, à la manière de Gœpel. Certains cas-limites pourront bénéficier d'un traitement approprié : cure de jeûne chez l'obèse, traitement insulinique chez le petit diabétique, gymnastique abdominale raisonnée chez l'hypotonique.

Mais les indications opératoires méritent d'être précisées sur deux points particuliers :

Le temps opportun de la cure ;

Le choix du procédé opératoire.

LE TEMPS OPPORTUN DE LA CURE.

Pour le premier point, il est bien admis que la cure opératoire de l'éventration doit être une intervention retardée. C'est pour cette raison d'ailleurs que l'on peut tenir compte dans le choix de la date de l'intervention de certains facteurs tels que : épidémicité, variations saisonnières de la morbidité, etc... Mais, combien de temps convient-il d'attendre ? Il est admis qu'un délai de six mois représente une moyenne applicable à la majorité des cas. Mais là, comme lorsqu'il s'agit de juger de l'opportunité de la fermeture d'un anus, il s'agit de cas d'espèces.

La décision ne sera prise qu'après confrontation de différentes données.

La nature et la gravité de l'appendicite initiale est un élément de la plus haute importance. On pourra opérer rapidement l'appendicite à froid, dont la suture a partiellement lâché. On attendra longtemps au contraire si l'éventration suit une appendicite gangréneuse.

L'état local est aussi à considérer. Il ne faut certainement pas opérer tant qu'un certain état de cartonnage des téguments, d'œdème pariétal, de sensibilité à la pression, indique l'infection sourde. Dans ces conditions l'éventration n'est pas « bonne à fermer ».

L'intensité des troubles fonctionnels provoqués par l'éventration, la manière dont le port d'un bandage y porte remède sont encore des éléments dont la considération pourra précipiter ou retarder, suivant les cas, l'intervention projetée.

LE CHOIX DU PROCEDE OPERATOIRE.

Quant au second point, nous n'hésitons pas à préconiser la technique décrite précédemment, en raison de la constance des bons résultats que nous en avons obtenus. Nous le préférons à la résection globale de la zone cicatricielle, procédé qui — plus hémorragique — expose davantage à l'infection et qui, prodigue de la paroi, expose à la tension des sutures ; si bien que les récidives s'observent dans 9 % des cas. C'est en raison de cet aléa, et en dépit de l'excellence des résultats qu'on peut obtenir que nous conseillons l'emploi du refoulement par échelons, procédé de prudence et de sécurité.

Il est important de préciser, comme faisant partie intégrante de la technique, le mode d'anesthésie. Nous rejetons l'anesthésie locale, propre à diffuser l'infection, de même que l'anesthésie générale, en raison des complications pulmonaires possibles. C'est la rachianesthésie qui apparaît comme le procédé de choix, relâchant la paroi et procurant une large anesthésie permettant une technique opératoire correcte.

Enfin, il ne faut pas oublier que la cure des éven-trations donne souvent lieu à des indications particulières.

Dans certains cas, notamment lorsque la fusion des éléments anatomiques en un placard cicatriciel rend illusoire l'individualisation des différentes couches pariétales on aura recours au procédé du rabattement total à la manière de Judd.

Par ailleurs, alors même que la paroi n'est pas trop altérée, la prudence réclame parfois la suture en un seul plan, telle qu'elle fut préconisée par Lecène. C'est le cas des éviscérations coexistant avec une fistule cœcale qu'il faut tout d'abord fermer, ou survenant chez des sujets dont on a drainé un abcès sans pouvoir enlever l'appendice et qui doivent subir une appendicectomie, parfois longue, difficile en tous cas, pratiquée dans un foyer dont l'infection est mal éteinte.

OBSERVATIONS

CATÉGORIE I

MALADES OPERES PAR LE PROCEDE DE REFOULEMENT PAR ECHELONS

OBSERVATION I

M. D..., 50 ans. — (Ste-Anne, 1930, I, page 308. — 3-9-30).

Malade opérée en mai 1930, d'une appendicite aiguë. Revient au mois de septembre pour une éventration.

Intervention : 3-9-30 (Docteur CLAVEL). — Cure radicale d'une éventration constituée par un collet de dimension d'une pièce de 5 francs. Réfection de la paroi, par :

1 plan musculaire ;

1 plan aponévrotique.

31-10-33 : Malade revient sur convocation. Résultats excellents. Paroi très solide.

OBSERVATION II

B... M..., 27 ans. — (Ste-Anne, 1930, II, p. 166. — 6-10-30).
Malade opérée en 1923 d'une appendicite aiguë.

L'éventration débutant il y a six mois par une petite tumeur impulsive et réductible.

Intervention : 9-10-30 (Docteur CLAVEL). — Excision de la cicatrice et cure d'éventration suivant méthode ordinaire, fermeture en 1 plan. Suites simples.

10-10-30 : Malade revue sur convocation : très bon résultat ; solidité parfaite. Pas de ceinture orthopédique.

OBSERVATION III

C... P..., 60 ans. — (St-Philippe, 1932, I, p. 165. — 26-6-32.)
Opéré d'appendicite à chaud en 1914 (MM. T(xIER et BONNET).

Opéré d'urgence par le Docteur Clavel pour un *étranglement intestinal dans l'éventration*.

Le malade qui présentait, depuis le matin, des crises douloureuses avec vomissements, est amené d'urgence à l'hôpital, où on constate une volumineuse éventration sur l'incision de Max Schüller. Eventration irréductible.

Intervention : 26-6-32 (Docteur CLAVEL). — On libère et on réduit dans un sac plein d'une anse grêle. Anse reconnue viable après lavage au sérum. Résection d'un paquet d'épiploon.

Réfection ;

1 plan péritonéal ;

1 plan musculo-aponévrotique.

Crins cutanés ; drain sous-cutané.

Deux fils métalliques d'appui en U noués sur les tampons. Suite excellentes.

10-11-33 : Le malade revient sur convocation : parois extrêmement solides au niveau de son éventration dans toute son étendue. Le malade est porteur d'une hernie inguinale double débutant depuis 20 ans.

CATÉGORIE II

MALADES OPERES PAR PROCEDES DIVERS

OBSERVATION I

V..., 39 ans. — (Ste-Anne, 1931, II, p. 13. — 24-7-31.)

Opérée en juillet 1930 d'une appendicite. Revient en juillet 1931 pour une éventration.

Intervention : 30-7-31 : Incision de la cicatrice. Résection épiploïque. Suites simples. le 20-8 la malade sort guérie.

OBSERVATION II

C... V..., 19 ans. — (Ste-Anne, 1931, II, p. 15. — 21-7-31.)

Opérée en 1929, d'une appendicite avec abcès (Incision de Jalaguier).

A l'entrée, présente une éventration au niveau de l'incision.

Intervention : 28-7-31 : Cure radicale. Suites simples. Sortie le 20-8.

OBSERVATION III

G... B..., 28 ans. — (Ste-Anne, 1930, II, p. 144. — 23-9-30.)

Opérée en 1922 à l'infirmerie de porte d'une appendicite.

En 1929, l'éventration débute et grossit progressivement amenant enfin la malade à revenir à l'hôpital avec des douleurs vives au niveau de la cicatrice.

Intervention : 25-9-30 (MM. TIXIER et CLAVEL) : Incision elliptique allongée permettant d'inciser la cicatrice ; extériorisation du cœcum. Libération des adhérences. Fermeture de la paroi.

1° Surjet sur le péritoine doublé du tenseur ;

2° Points séparés sur le grand oblique ;

3° Fermeture ; drainage.

OBSERVATION IV

B..., V..., 21 ans. — (Ste-Anne, 1930, II, 182. — 20-10-30.)

Opérée en 1928 d'une appendicite aiguë à l'infirmerie de porte.

A l'entrée, l'événtration typique au niveau de la cicatrice avec impulsion à la toux.

Intervention : 27-10-30 (Professeur TIXIER) : Cure radicale typique de l'événtration. Résection d'un paquet épiploïque adhérent à la cicatrice. Fermeture de la paroi en 3 plans.

OBSERVATION V

J... B..., 22 ans. — (Ste-Anne, 1929, II, p. 285. — 22-4-29.)

Opérée en 1922 d'une appendicite aiguë avec abcès appendiculaire, drainage, cicatrisation par seconde intervention en quatre mois.

Six mois après, la malade présente une seconde crise en même temps qu'elle constate l'existence d'une petite tumeur de la grosseur d'une noix.

Intervention : 23-4-29 : Excision de la cicatrice, libération du nœud adhérent. Fermeture : 1 plan péritonéal ; 2 plans aponévrotiques ; 1 plan cutané. Suites simples.

OBSERVATION VI

D... T... — (Ste-Anne, 1929, II, p. 62. — 19-8-29.)

Eventration consécutive à une appendicectomie à chaud. Souffre depuis quelque temps dans la fosse iliaque droite. A l'examen ventre souple, grosse adiposité de la paroi. Enorme événtration au niveau de la cicatrice.

Intervention : 20-8-29 (Docteur POLOSSE) : Enorme incision enlevant la cicatrice cutanée. Ancienne cure radicale étant donnée, adhérences épiploïques et amincissement des parois.

Fermeture en deux plans : 1 péritonéal, 1 musculaire. Fermeture de la peau sans drainage.

10-10-33 : Revue sur convocation : elle présente un point faible dans sa cicatrice. Début de récurrence.

OBSERVATION VII

M... G..., 24 ans. — (Ste-Anne, 1929, II, p. 245. — 3-12-29.)

Opérée le 26 mai 1929 pour abcès appendiculaire. Appendicectomie le 29 mai.

Revient au mois de décembre pour une éventration au niveau de l'incision.

Intervention : 11-12-29 ; Cure radicale. Elle sort guérie le 28-12.

OBSERVATION VIII

S... P..., 33 ans. — (Ste-Anne, 1927, p. 30. — 24-1-27.)

Opérée à l'âge de 11 ans d'appendicite à chaud. Lors de la première grossesse il y a 16 ans, elle avait remarqué que son ventre ballonnait au niveau de la cicatrice appendiculaire.

Intervention : 1^{er}-2-27 : Par une incision elliptique on délimite la cicatrice de l'ancienne intervention. En se portant en haut puis très bas en dessus et en dessous de l'éventration on reconnaît la disposition anatomique normale des aponevroses et des muscles.

Fermeture du péritoine ; drain sous la peau.

18-2 : sutures opératoires excellentes.

OBSERVATION IX

B... M..., 18 ans. — (Ste-Anne, 1920-21, p. 78. — 13-12-20.)

Entrée le 17 avril 1919 pour appendicite aiguë. Ouverture d'un abcès pelvien par rectum. Ablation haute de l'appendice 13 jours plus tard à chaud. Incision de Jalaguier. L'appendice en position intermédiaire présentant une petite perforation à la base, mais, pas de pus à son contact.

Intervention : 16-12-20 : Suture en plusieurs plans : 1 plan péritonéal, 1 plan musculaire y compris du tissu fibreux qui

sert de crête d'appui, 1 plan constitué par l'aponévrose du grand oblique, drainage.

Le 21-12, ablation du drain.

Le 27-12, enlèvement des fils.

Le 8-1-21, sortie.

OBSERVATION X

A... YL..., 28 ans. — (St-Philippe, 1931, II, p. 1. — 11-7-31.)

Opérée en 1929 d'une appendicite aiguë. Très rapidement, s'est constituée une éventration.

A l'entrée, malade dyspeptique paraissant jouir d'un bon état général.

Intervention : le 21-7-31 (Docteur POLOSSON) : Grande incision d'excision de la cicatrice. Libération d'épiploon adhérent. Fermeture à deux plans très difficile étant donnée la mauvaise qualité des tissus et l'adiposité du malade.

On laisse les plans superficiels ouverts.

Bon état général et local.

1932 : Le malade revu : résultats excellents.

OBSERVATION XI

D... P..., 24 ans. — (St-Philippe, 1932, II, p. 2. — 11-7-31.)

Opérée en décembre par le Docteur CLAVEL d'une *péritonite appendiculaire* (Incision de Max Schüller).

A l'entrée : malade avec bon état général, présente au niveau de la cicatrice une tumeur molle sonore, impulsive et réductible.

Intervention : 17-7-31 (Docteur CLAVEL) : Cure radicale d'éventration rendue difficile par manque d'étoffe. Pas de blessure du cœcum qui est cependant dépéritonisé en un point.

Réfection de paroi : 1 plan péritonéal, 2 plans musculo-aponévrotiques au catgut chromé.

OBSERVATION XII

B... F..., 29 ans. — (St-Philippe, 1930, I, p. 275. — 19-6-30.)

Opéré à Mâcon d'une appendicite aiguë, vient dans le service pour une éventration. Il ressent quelques douleurs au niveau de l'éventration avec irradiation dans les reins. Douleurs intermittentes survenant au moment des efforts.

A l'examen : Eventration au niveau de la cicatrice, impulsion à la toux. On voit les anses grêles rouler sous la peau.

Intervention : 19-6-30) (Professeur TIXIER) : Incision elliptique permettant d'exciser la cicatrice. Libération du péritoine et de l'épiploon adhérent. Extériorisation du cœcum. Fermeture en trois plans de la paroi. Suites opératoires simples.

OBSERVATION XIII

D... — (St-Philippe, 1929, p. 66 ; 1930, I, p. 226. — 21-5-30.)

Opéré en 1929 d'une appendicite, à chaud. Revient pour une éventration.

Intervention (M. CLAVEL) : Résection de la cicatrice choléidienne. Il existe une adhérence filiforme avec le cœcum et très large de l'épiploon.

On peut faire un plan péritonéal et deux plans musculaires en catgut chromé. Drainage.

Le malade présente un résultat satisfaisant au point de vue local ; cependant, il continue à se plaindre des douleurs lombaires. Douleurs à la pression au niveau des apophyses transverses de la L5. On fait une radiographie : elle est totalement négative.

OBSERVATION XIV

C... L..., 16 ans. — (St-Philippe, 1929, I, p. 208. — 13-5-29.)

Opéré en 1927 d'une appendicite, à chaud, par le Docteur Polosson. En janvier 1929 on constate l'existence d'une éventration et on lui conseille d'attendre les beaux jours,

A l'examen : l'existence d'une éventration, impulsion à la toux ; l'état général est bon.

Intervention : 23-5-29 (Docteur POLOSSON) : Excision de la cicatrice. La découverte des plans anatomiques est relativement aisée, satisfaisante. Adhérences épiploïques légères que l'on résèque. Fermeture en trois plans sans drainage.

Le 13-7-29 : Excellents résultats ; au point d'éventration, il persiste une petite fistule.

24-11-33 : Revu sur convocation : Résultats excellents malgré un peu de faiblesse de la cicatrice à sa partie moyenne sous laquelle on perçoit le cœcum. Sujet très musclé pratiquant le ski : descente et fond.

OBSERVATION XV

M... D..., 24 ans. — (St-Philippe, 1924, I, p. 129. — 24-4-24.)

Malade vient dans le service pour une éventration consécutive à une appendicectomie.

Intervention : 24-4-24 (M. ROCHET) : Cure radicale d'éventration. Suture en deux plans à points séparés.

OBSERVATION XVI

T... P..., 24 ans. — (St-Philippe, 1920, p. 68. — 13-4-20.)

Opéré en 1913 d'une appendicite. Deux mois après l'intervention le malade présente une éventration considérable avec des symptômes d'adhérences.

Intervention (MM. TIXIER et ROCHET) : 1° Incision elliptique de la cicatrice cutanée.

2° Entrée dans le ventre très au-dessous de l'ancienne cicatrice pour former du tissu sain et le péritoine libre.

3° Excision d'un val épiploïque très épais, recouvrant le cœcum et l'iléon.

Fermeture à trois plans de la paroi abdominale.

CONCLUSIONS

I. — L'éventration post-appendiculaire est d'autant plus rare que l'opération à chaud a été pratiquée plus précocement.

Elle est exceptionnelle après les interventions qu'on a pu terminer sans drainage.

II. — Il existe deux types d'éventrations post-appendiculaires :

Type éviscération chronique (distension de la cicatrice à travers un large diastasis pariétal) ;

Type hernie ventrale (avec collet étroit et sac bien organisé).

III. — Le problème de cure opératoire d'une éventration doit être considéré sous deux aspects :

C'est une brèche à fermer (problème orthopédique) ;

C'est une brèche dans des tissus vivants qui sont souvent en état d'infection (problème biologique).

IV. — Il faut donc, dans la cure opératoire des éventrations, éviter de rouvrir les tissus cicatriciels suspects du microbisme latent. On doit, suivant le type de l'éventration, réséquer le tissu cicatriciel en bloc, sous une plastie musculo-aponévrotique de la paroi.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 5 Décembre 1933.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE

BIBLIOGRAPHIE

EVENTRATIONS

- BONAVITA. — Contribution à l'étude de la pathogénie, de la prophylaxie et du traitement des éventrations, post-opératoires. *Thèse*, Lyon, 1895.
- BARRITITZA. — Contribution à l'étude de l'éventration post-opératoire. *Thèse*, Paris, 1897.
- BOSCH (Samuel). — Ruptura traumática del musculo gran recto anterior del abdomen y éventration consecutiva. *Soc. de Cirurgia de Buenos-Aires*, Ses. 28 août 1929.
- BRAULT. — Deux éventrations, l'une opératoire, l'autre accidentelle. Cure radicale. Statistique opératoire, 1897.
- BRUYÈRE. — Contribution à l'étude des suites proches et éloignées des interventions pour appendicite aiguë.
- CLAVEL et COLSON. — La cure opératoire des éventrations post-omphaliques. *Journal de chirurgie* (sous presse).
- CANGE (G.). — Des éventrations spontanées et de leur traitement chirurgical. 8°, Paris, 1898.
- CATELLI. — Laparatomie pour éventration. *Bull. Acad. Med. de Genova*, mai, 1887.
- CESTRAN (E.). — De la cure des grosses éventrations abdominales. *Arch. Med. de Toulouse*, 1907, XIV, 551-555.
- CHANTEUX. — De l'éventration sous-ombilicale. *Thèse*, Paris, 1898.
- CHAPUT (H.). — Le traitement des éventrations sous-ombilicales. *Presse Méd.*, Paris, 1919, XXVII, 331.
- CHENU. — Des éventrations médianes post-opératoires. *Thèse*, Paris, 1913.
- CONDAMIN. — De la cure radicale de l'éventration post-opératoire avec adhérences intestinales. *Congrès de Gynéc.*, 1886.

- DEMEL. — Résultats du traitement opératoire des éventrations à la clinique d'Eiselsberg. *Wiener Klinische Wochenschrift*, N° 15, 11 avril 1929, p. 481-484.
- DOLERIS. — Leçon clinique sur l'éventration post-opératoire. *Gynécologie*, 1897, p. 396.
- DROUIN. — Hernico-laparotomie, pour suppuration du sac d'origine péritonéale. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1913, XLIII, p. 83.
- EDEBAILS. — Prévention de la hernie après laparotomie. *New-York J., of. obstetric.*, janvier 1893.
- FOSSE. — Les éventrations, leur traitement. *Thèse*, Montpellier, 1897.
- FAURE. — Sur un nouveau procédé pour la cure de l'éventration. *Gaz. Hebd. Méd. et Chir.*, 1898, N° 14, p. 157.
- FOURNIER. — Cure d'éventration. *Gaz. Méd. Picardie*, 1902.
- GOUILLARD. — Cure radicale des éventrations. *Lyon Méd.*, Septembre, 1896, p. 346.
- GOUILLAUD. — De l'éventration opératoire. Prophylaxie et cure radicale. *Arch. de Gynécologie*, 1892, p. 535.
- GUIRY. — Contribution à l'étude de la cure radicale des éventrations abdominales. *Thèse*, Montpellier, 1926-27.
- HALIN. — Act. Eventrations. *Dict. Dechambre*.
- HÉNAULT (L.). — Les incisions éventrations sous-ombilicales. *Presse Méd. Belge*, Brux., 1912, LXIV, 1029-1043, 2 pl.
- JABOULAY. — Traitement de l'éventration par le procédé de M. Jaboulay. *Lyon Méd.*, 1903, C. 807.
- JAMES. — Du traitement de l'éventration latérale post-opératoire. *Thèse*, Paris, 1904.
- LABBÉ. — De l'éventration post-opératoire. *Thèse*, Paris, 1907.
- LIÉNARD (V.-A.-L.). — De l'éventration médiane post-opératoire et de son traitement chirurgical. 8°, Lille, 1904.
- MORESTIN. — Eventration, ulcération et rupture du sac issue de l'épiploon, péritonite commençante, intervention, guérison. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, 1913, N° 3, XXXVIII, p. 284-287.
- MARRIS. — Post-opérative verticale hernia. *Ann. Méd. Quart.*, 1900.
- OLIVIER. — Contribution à l'étude des éventrations. *Thèse*, Paris, 1878.

- POZZI. — Large éventration, cure radicale ; guérison. *Soc. de Chir. de Paris*, 1897, n. s., XXIV, U76-178.
- PRINCETEAU. — Cure radicale de l'éventration large seypho-ombilicale par un nouveau procédé (procédé à volets aponévrotiques). *J. de Méd. de Bordeaux*, 1903, XXXIII, 701-707.
- QUÉNU. — Opération d'une éventration. *Soc. de Chir.*, fév. 1896.
- RENAUDIÈRE-DE-VAUX. — Eventration par atrophie musculaire. *Thèse*, Paris, 1900.
- ROCHER. — Greffe libre d'aponévrose de fascia lata pour cure d'éventration droite. *J. de méd. de Bordeaux*, 1920, I, 212.
- ROCHER (Louis). — Greffe libre de fascia lata dans la cure des éventrations post-opératoires (en collab. avec le Docteur Dufour). *Soc. anat.-clin.*, 4 juin 1923.
- SÉRULLOZ. — Contribution à l'étude de la cure radicale de l'éventration post-opératoire avec adhérences intestinales. *Thèse*, Lyon, 1895.
- STÉPHANT. — Complications des éventrations post-opératoires. *Thèse*, Bordeaux, 1896.
- TÉMOIN. — Contribution à l'étude des hernies de la ligne blanche. *Arch. prov. Chir.*, 1902.
- TOURNEURELLE. — Eventration post-opératoire. *Thèse*, Paris, 1900.
- VAUSCHENOI. — Contribution à l'étude de l'éventration post-opératoire. *Thèse*, Lille, 1897.
- WALTER. — Eventration spontanée, traitée et guérie par la gymnastique abdominale. *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1903, n. s. XXXVIII, 747-749.
- WEITZEL. — Cure opératoire d'éventration. *Loire Méd.*, St-Etienne, 1921, XXXV, 464-466.

EVENTRATIONS (Travaux récents)

- BOSCH. — Rupture traumatique du muscle grand droit antérieur de l'abdomen avec éventration consécutive. *Boletines y trabajos de la Soc. de Cir. de Buenos-Aires*, 4 sept. 1929, p. 620-629.

- BOSCH (Samuel). — Ruptura traumatica del musculo gran recto anterior del abdomen y eventracion consecutiva. *Soc. de Cir. de Buenos-Aires*, ses, 28 août 1929.
- DEL CAMPO (J.-C.). — Tratamiento de las eventraciones consecutivas a laparatomias transverses supraumbilicales por deslizamiento del recto. *Rev. de Med. Rosario*, 5 : 241-248, sept. 1930.
- DEMEL. — Résultats du traitement opératoire des éventrations à la clinique d'Eiselsberg *Wiener Klinische Woch.*, n° 15, 11 avril 1929, p. 481-484.
- GIBSON. — Traitement d'une large éventration. *Annals of Surgery Philadelphie*, vol. XCIV, N° 1, juillet 1931.
- HONER (D.-A.). — Sudoéventration por estallido a dehiscencia de la herida abdominal trasperacion cesarea. *Rev. espan. de Med. y Cir.*, 13 : 489-493, sept. 1930.
- LEQ (G.). — Eventration ombilico sus oubienne avec occlusion et gangrène de l'iléon. *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, T. XXIII, N° 15, séance du 20 novembre.
- MORESTIN. — De quelques points de technique dans la cure radical des éventrations de la femme. *Thèse*, Lille, 1930-1931.
- RUSSO (V.). — Sventramento traumatico in seguito a piccola ferita penetrante nello addome. *Med. prat.*, 12 : 422-424, nov. 1927.
- SCHLESINGER. — L'opération des grosses éventrations cicatricielles. *Zentralbl. für. Chir.*, LIX, N° 19, 7 mai 1932.
- SIEVERS (R.) et SCHORNSTEIN (T.). — Zur Verhütung der Eventrations schäden bei Bauchoperationen im Kindesalter. *Beitr. Z. Klin. Chir.*, 139 : 517-532, 1927.
- SOKOLOV (S.). — Das Aufplatzen der Bauchwunde nach Laparotomie mit Eventration bzw. Freiliegen der Eingeweide Auf Grund eines Materials von 723 Fallen. *Ergebn. d. chir. u. Orthop.*, 25 : 306-379, 1932.
- TIEGEL. — L'opération des grandes éventrations cicatricielles par la suture avec des plaques à serrage à vis. *Zentralbl. Chir.*, LIX, N° 12, 19 mars 1932.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER :	
Définition. — Fréquence	13
CHAPITRE DEUXIÈME :	
Les variétés anatomiques de l'éventration post- appendiculaire	17
CHAPITRE TROISIÈME :	
Cure des éventrations	23
CHAPITRE QUATRIÈME :	
Indications opératoires	37
OBSERVATIONS	41
CONCLUSIONS	49
BIBLIOGRAPHIE	51

